

O SUS E OS DESAFIOS DA TERCEIRA DÉCADA

Sus and the challenges of third decade

Sus y los retos de la tercera década

Renilson Rehem de Souza¹

RESUMO

Antes da sua criação do SUS a assistência à saúde no país tinha estreita vinculação com as atividades previdenciárias e, por ser um sistema contributivo, gerava, em termos de acesso aos serviços de saúde, uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários.

A criação do SUS abriu caminho para a superação dessas desigualdades. Porém, essa mudança não ocorreu, nem poderia, da noite para o dia. Ao contrário, nesses 20 anos as dificuldades têm sido uma constante, desde a grave crise de financiamento que ocorreu no início dos anos 90 e que de algum modo permanece ainda hoje, até o desafio de instituir um radical processo de descentralização num país com tantas diferenças e desigualdades.

Palavras-chave: Desafios do SUS; Criação do SUS; Conquistas do SUS.

ABSTRACT

Before its creation of the SUS health care in the country had close ties with the payable activities, as a contributory system, generated in terms of access to health services, a division of the Brazilian population into two major groups (apart from small portion of people who could pay for health services for its own account): paying and not paying. The creation of SUS paved the way for overcoming these inequalities. But the change did not occur, nor could, in overnight. In contrast, the difficulties in these 20 years have been a constant since the crisis of funding that occurred in the early 90s and that to some extent still remains today, even the challenge of establishing a radical decentralization process in a country with so many differences and inequality.

Keywords: Challenges of SUS; Creation of SUS; Victories of the SUS.

RESUMEN

Antes de su creación del SUS la atención de la salud en el país tenían estrechos vínculos con las actividades de jubilación y, como un sistema contributivo, generado en términos de acceso a los servicios de salud, una división de la población brasileña en dos grupos principales (aparte de pequeña porción de personas que podrían pagar por los servicios de salud por su propia cuenta): jubilados y no jubilados.

La creación de SUS allanó el camino para la superación de estas desigualdades. Pero el cambio no se produjo, ni podría, en la noche a la mañana. Por el contrario, en estos 20 años las dificultades han sido una constante desde la crisis de financiación que se produjeron a principios de los años 90 y que, en cierta medida, sigue siendo hoy en día, incluso el reto de la

¹ Médico, Mestre em Administração de Saúde e Secretário Adjunto de Saúde do Estado de São Paulo.

creación de un radical proceso de descentralización en un país con tantas diferencias y la desigualdad.

Palavras-clave: Desafíos del SUS, La creación del SUS; Victorias del SUS.

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal em vigor e, conseqüentemente, o Sistema Único de Saúde (SUS) completou 20 anos em 5 de outubro de 2008.

A constituição foi promulgada em 5 de outubro de 1988, e o trabalho para a sua elaboração e aprovação se iniciou em 1º de fevereiro de 1987, com a participação de mais de 500 constituintes. Foram necessários 18 meses de discussões até que a Carta fosse aprovada e assim substituisse a Carta imposta pela ditadura militar em 1967.

Por assegurar várias conquistas sociais, foi chamada por Ulysses Guimarães de “Constituição Cidadã”.

A Constituição Federal brasileira de 1988 redefiniu o modelo de proteção social adotando o conceito de Seguridade Social, integrada pelo conjunto das ações referentes à saúde, previdência e assistência social. A Constituição define que essas ações devem ser financiadas com recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais.

A Carta trouxe grandes conquistas, como a responsabilização dos agentes públicos por má administração, também se preocupou com direitos individuais e aprovou direitos civis e políticos. E, de modo muito significativo, garantiu saúde e seguridade social a todos os brasileiros.

No campo das políticas sociais, é dever do Estado assegurar a todos os cidadãos o direito à educação e à saúde (Brasil, 1988). Para assegurar esse direito, na área da saúde, a Constituição determinou a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal.

O Art. 196 da Constituição Federal define que “A saúde é direito de todos e dever do Estado...” determinando assim, de maneira clara, a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, o atual texto constitucional significou um indiscutível avanço no que diz respeito a uma concepção mais abrangente de seguridade social por contraposição à que prevalecia.

Quando da regulamentação da definição constitucional através da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e da Lei 8.142/90, apesar das alterações ocorridas no projeto original, conseguiu-se estabelecer nesta última alguns princípios básicos com relação ao controle social e às regras de financiamento do sistema. Essas alterações decorreram de uma conjuntura política bastante diferente daquela do período de elaboração da proposta e da aprovação da Constituição. Havia, pela primeira vez depois de mais de vinte anos, um governo democraticamente eleito, mas que se apresentava politicamente frágil e que resultou no processo de cassação do Presidente da República. Essa conjuntura de instabilidade política do governo propiciou um retrocesso na decisão política de viabilizar uma maior participação da sociedade no controle do sistema e na definição do financiamento do SUS.

A tarefa de implantar o SUS era gigantesca já que antes da sua criação a assistência à saúde no país tinha estreita vinculação com as atividades previdenciárias e, por ser um sistema contributivo, gerava, em termos de acesso aos serviços de saúde, uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não previdenciários.

Esta divisão, profundamente injusta sob o aspecto social, separava a população brasileira em cidadãos de primeira e de segunda classe. Os de primeira classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com as dificuldades inerentes ao sistema de então, um acesso mais amplo à assistência à saúde dispendo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não previdenciários, também chamados de indigentes, tinham um acesso muito limitado à assistência à saúde – normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais.

Esta lógica de estruturação e financiamento das atividades de atenção e assistência à saúde, além das evidentes discriminações dela decorrentes, determinava uma lógica de divisão de papéis e competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão de saúde.

A criação do SUS abriu caminho para a superação dessas desigualdades. Porém, essa mudança não ocorreu, nem poderia, da noite para o dia. Ao contrário, nesses 20 anos as dificuldades têm sido uma constante, desde a grave crise de financiamento que ocorreu no início dos anos 90 e que de algum modo permanece ainda hoje, até o desafio de instituir um radical processo de descentralização num país com tantas diferenças e desigualdades.

Vale referir que até hoje não se conseguiu regulamentar a Emenda Constitucional 29 que sem dúvida em muito contribuiria com a estabilidade do financiamento do SUS.

O Parágrafo Único do Art. 198 da Constituição Federal diz: “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. Esta questão é de extrema importância, pois, em todo debate sobre o financiamento ao longo do processo de implantação do SUS, a ênfase sempre é dada na participação da União, como se esta fosse a única responsável pelo mesmo. Parte-se do pressuposto que esse entendimento tem influenciado de forma decisiva no processo de implantação do SUS.

Um dos fatores determinantes deste entendimento é, provavelmente, o papel do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), no período imediatamente anterior à aprovação da Lei Orgânica da Saúde e que continuou no início da implantação do SUS. O SUDS foi uma iniciativa do próprio INAMPS no sentido de universalizar a sua assistência que até então beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes.

Na análise deste processo, é importante destacar que, o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS para os seus beneficiários.

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde, constituído pela rede do Ministério da Saúde (MS), das secretarias estaduais e das raras secretarias municipais de saúde, mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que já vinha, nos últimos anos, participando de modo significativo do seu financiamento. O INAMPS passou, a partir de 1.990, a integrar a estrutura do Ministério da Saúde.

Considerando-se essa relação e a manutenção da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este é inicialmente preservado e se constitui no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população. O INAMPS somente foi extinto através da Lei n° 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS.

No parágrafo único do seu artigo primeiro, a Lei n° 8.689 que extingue o INAMPS estabelece que: “As funções, competências, atividades e atribuições do INAMPS serão

absorvidos pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8. 142, de 28 de dezembro de 1990”.

Ao se preservar o INAMPS, se preservou os seus recursos e também a sua lógica de financiamento e de alocação desses recursos financeiros. Dessa forma, o SUS inicia a sua atuação na área da assistência à saúde com caráter universal, utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestar assistência a uma parcela específica da população.

A primeira alocação de recursos feita pelo Ministério da Saúde, agora gestor federal do SUS, baseou-se, fundamentalmente, na capacidade instalada dos serviços de saúde, construída ao longo do tempo para atender à população previdenciária, e no histórico dos gastos do INAMPS carregou consigo uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os estados. No momento que a assistência passava a ter um caráter universal isso significou um aprofundamento das desigualdades regionais, pois privilegiou estados com uma maior e mais complexa rede de serviços.

A adoção de uma lógica de financiamento que desconsiderasse a alocação de recursos historicamente realizada pelo INAMPS, sem dúvidas, geraria uma forte reação política dos estados mais desenvolvidos e que contavam com uma maior proporção desses recursos.

Porém, a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que a partir de maio de 1993, portanto pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social (MPAS) deixasse de repassar para o Ministério da Saúde, recursos da previdência social, encerrando um processo de redução progressiva dos percentuais alocados pelo MPAS no orçamento do INAMPS (em torno de 30% uma década antes e ficando aquém de 20% nos anos mais recentes), criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária.

A partir daí o SUS entrou em um período de grave crise, pela total falta de recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde que só começou a ser resolvida com a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira, em outubro de 1996, com a Lei n. 9.311.

O processo de implantação do SUS tem demonstrado que o crescente aporte de recursos financeiros para serem geridos pelos municípios, com seu respectivo controle social, desencadeia importantes avanços na consolidação do SUS. Porém, estes avanços não têm sido

suficientes para superar as dificuldades na definição dos papéis dos diferentes níveis de governo e, de modo especial, na participação dos mesmos no financiamento. Continua, por exemplo, havendo um significativo conflito entre gestores estaduais e municipais sobre a quem caberia a gestão dos prestadores de serviços e não há uma explicitação dos gastos estaduais e municipais, os quais não são incluídos na Programação Pactuada Integrada (PPI).

Ao se adotar a lógica de um “INAMPS universal” sobre um modelo de federalismo que não define claramente os limites entre os seus entes, determinou-se o modelo de financiamento que, por sua vez, determinou a estratégia de organização do novo sistema. Essa organização leva, por exemplo, a que estados e municípios mantenham a prática semelhante à época do SUDS, de programar a alocação apenas dos recursos de origem federal. Essa situação, mesmo após a aprovação da Emenda Constitucional 29 e da celebração de mais um grande acordo tripartite que foi o Pacto pela Saúde, permanece até os dias atuais para os recursos relativos ao custeio da assistência de média e alta complexidade, tendo sido superado apenas no tocante à atenção básica com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), instituído pela NOB 96.

Por outro lado, o Ministério da Saúde, na condição de gestor nacional do sistema, se comporta de maneira ambivalente entre garantir um processo de transição sem “rupturas bruscas que ponham em risco o funcionamento do sistema” (NOB SUS 93) e a manutenção de um processo que mais significa a universalização do INAMPS. Essa posição do MS é fortalecida pela inadequada divisão de trabalho e conseqüente estrutura organizacional que fraciona de modo excessivo as áreas da saúde com sérias implicações no processo de financiamento e, por mais que se rejeite, reforça o componente assistencial, particularmente aquele de alta complexidade.

Estes fatos nos fazem supor que os gestores, tanto nacional, como estaduais e municipais não assumiram, efetivamente, a sua parcela de responsabilidade no Sistema, o que nos leva a indagar, no que pese o avanço do SUS, se o processo desenvolvido até a NOB 96 foi a efetiva implantação do SUS, ou tratou-se de um contínuo aperfeiçoamento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS.

As significativas alterações ocorridas no processo de implantação do Sistema Único de Saúde ao longo dos últimos 20 anos fazem com que para se entender o atual momento, seja necessário rever a origem e a própria história da reorganização do sistema de saúde, dado que, é no entrecruzamento entre a implantação do novo sistema e a preservação de estruturas organizacionais e de financiamento antigas que se define a lógica de implantação do SUS.

OS AVANÇOS CONQUISTADOS E OS DESAFIOS PARA A TERCEIRA DÉCADA DO SUS

A realidade que o SUS tem que enfrentar é um quadro de necessidades crescentes com recursos limitados; na verdade, necessidades sempre crescentes com recursos sempre limitados. Infelizmente, essa não é uma situação transitória. Então por que no Brasil se resolveu inventar essa história de ter um Sistema Único de Saúde? O que se dispunha antes do SUS em termos de restrição de acesso não era uma situação tão dramática, porque os recursos, do ponto de vista de atenção à saúde que existiam do ponto de vista do conhecimento era muito menos do que o que se tem hoje.

É razoável se afirmar que esse drama era muito menor, porque, por exemplo, não existia a Terapia Intensiva. Então, se não existia a UTI, não existia nenhum drama em alguém morrer porque não tinha acesso à Terapia Intensiva. Não existia a necessidade de Terapia Intensiva desde quando não existia o recurso Terapia Intensiva. Não era dramático não poder fazer uma ressonância magnética, como é hoje mesmo que seja apenas um exame de joelho ou tornozelo, porque não existia; não era dramático ficar em uma fila de transplante e morrer, porque não se faziam transplante. Mas, se persistisse hoje essa situação seria sim muito dramática, porque existem todos esses recursos.

Mas, o que se discutia nas décadas de 60 e 70, era a necessidade de acabar com essa situação de que quem podia pagar tinha acesso e quem não podia pagar não tinha acesso - quem tinha direito ao INAMPS tinha acesso e quem não tinha direito não tinha acesso. Tratava-se portando de uma questão de cidadania em uma sociedade que se estava redemocratizando. Portanto, com o SUS, se persiste a dificuldade de acesso, não resta nenhuma dúvida quanto ao direito que está constitucionalmente assegurado.

Neste desafio que é a implantação plena do SUS, um primeiro ponto a se destacar é o contexto que se vive hoje no que se refere a saúde. Neste contexto merece destaque o ritmo de desenvolvimento da tecnologia na saúde. Só para nos localizarmos um pouco mais, isso vale para todo o sistema de saúde brasileiro, não interessa se é no SUS ou se são Operadoras de Plano de Seguros de Saúde. O que se tem hoje é esse contexto de uma incorporação tecnológica em uma velocidade alucinante. Não dá tempo nem de se familiarizar com a tecnologia, já temos uma nova tecnologia. Esta incorporação de tecnologia tem na saúde características muito distintas das outras áreas. Em primeiro lugar uma nova tecnologia não

substitui uma anterior. Ao contrário se agrega. Em segundo lugar não reduz os custos de produção nem a quantidade de recursos humanos necessários; pelo contrário ocorre um aumento nos dois casos.

Outro aspecto é a alta velocidade também que ocorre no envelhecimento da população no Brasil. Os ditos países emergentes, como atualmente se classifica o Brasil, estão envelhecendo em muito menos tempo do que ocorreu nos países ricos, como a Europa por exemplo. Conseqüentemente, rapidamente têm-se pessoas vivendo mais tempo. E pessoas que, ao viverem mais tempo, ficam mais tempo demandando serviços do Sistema; com o tempo, demandam de forma mais intensa e mais complexa os serviços desse sistema. Isto coloca outro desafio que requer inclusive um novo modelo de atenção a saúde que deve ser mais voltado para as doenças crônicas e menos para os quadros agudos.

Há que se referir também uma enorme difusão da informação, que tem aspectos positivos e negativos. Então, essa difusão da informação é um fato extremamente significativo, do ponto de vista de alteração da qualidade da demanda, alteração da noção de necessidade da saúde ou de serviços da saúde e, muitas vezes, induzindo a um consumo ou uma demanda com graves distorções e leva a novos padrões de consumo.

Por outro lado, do ponto de vista da organização do Estado, pode se afirmar que é onde se tem uma inovação significativa. Muito provavelmente a reforma do estado que se procedeu na saúde não tenha precedentes no caso do Estado brasileiro. Porque o que existia antes do SUS era um salve-se quem puder. Muitas vezes, no mesmo município, a Secretaria Estadual de Saúde possui um hospital, o INAMPS um grande Posto de Assistência Médica (PAM), o Ministério da Saúde tinha alguma unidade e por aí afora. Muitas vezes, na verdade, onde havia ação de um desses entes, havia dos outros, porque onde havia disputa política havia maior interesse político. As pequenas cidades, as regiões mais pobres não tinham nem presença da Secretaria de Saúde do Estado, nem muito menos do município, porque Secretaria Municipal de Saúde era uma raridade; até 20 anos atrás, praticamente não existia Secretaria Municipal de Saúde. E aí o que se observava era esse conjunto de instituições atuando sobre a situação local, a atenção à saúde da população, muitas vezes ou quase sempre de forma competitiva, principalmente pelas motivações político-partidárias.

Então, antes do SUS, não se tinha um sistema de saúde e não existia um gestor para esse sistema. Também do ponto de vista do financiamento, o que havia, na verdade? O que havia era um seguro, que era o INAMPS, financiado por contribuições dos empregados, empregadores e, com esse gerenciamento da união. É importante dizer que, na verdade, com a

união gerenciando recursos privados - porque eram recursos das empresas e dos trabalhadores - o acesso era restrito àqueles contribuintes e seus dependentes. Esse seguro tinha problemas sérios de desequilíbrio financeiro que foram notícias em toda a mídia com destaques para a crise da Previdência. Depois, o mais grave é que se retirou toda a despesa com a saúde e a crise da Previdência continua existindo da mesma forma. Mas esta é outra questão.

Antes do período mais crítico da Previdência Social Brasileira houve uma grande expansão de cobertura da Previdência, do ponto de vista de parcelas da população. Naquela época mal começava a acontecer o envelhecimento da população, mas a crise do petróleo, com o agravamento de dificuldades da economia com queda de crescimento e do nível de emprego, levou a uma queda da arrecadação.

Importante esclarecer que o SUS não é o sucessor do INAMPS. Pelo contrário o SUS é uma proposta nova que não se propõe a atender um grupo específico de brasileiros. Então é nesse contexto de crise que surge o SUS.

Neste projeto de sociedade é necessário o destacar os princípios constitucionais do SUS: “A Universalidade e a Integralidade”. Porque se fosse para todos... Mas, apenas alguma coisa seria mais fácil: “- *Para todo mundo, o SUS vai garantir vacina e vigilância epidemiológica.*” Ou se, ao inverso, fosse: “- *É tudo, mas apenas para uma parcela da população.*” Ou seja: “- *Para quem não tem renda ou tem renda familiar inferior a meio salário mínimo, o SUS vai fazer alguma coisa.*” Também seria mais fácil.

Mas não é, a ousadia do projeto do SUS é muito maior: é tudo para todos.

Aliás, essa questão da integralidade é o principal problema que o SUS enfrenta hoje, que inclusive põe em risco sua sobrevivência. Afinal qual é o limite da integralidade?

A realidade que o SUS vive hoje é aquela em que um juiz manda fornecer o medicamento que não tem registro no Brasil e o Secretário tem que dar um jeito de importar para fornecer, sob risco de prisão. Essas atitudes fruto de uma interpretação de uma integralidade sem limite parece ter transportado um pouco da universalidade para a integralidade do tipo: a integralidade não tem fim, como o Universo – ficou uma conjugação de conceitos.

Mas, além desses princípios, o SUS tem outros princípios como: a igualdade e participação da comunidade, descentralização com direção única em cada esfera. A materialização destes princípios significa outro desafio. O que está constitucionalmente definido é que os governos Federal, Estadual e Municipal são responsáveis pela gestão e financiamento de forma articulada e solidária. Sem dúvidas que esta concepção pautada na

solidariedade é fantástica, mas transformar isto em realidade em sistema federativo como o nosso, é extremamente complicado.

De todo modo, isto pode ser visto como uma inovação. Primeiro: porque cria uma necessidade de permanente pactuação, tem que ser tudo negociado, conversado e por quê? Porque esse grande empreendimento do SUS tem três sócios. Já não é pouco problema ter 3 sócios, mas é um pouco mais complicado, porque os 3 sócios tem a mesma quantidade de ações e do mesmo tipo de ações do empreendimento. Então, um não manda mais do que outro e é mais complicado ainda, porque um desses sócios é um só (o Ministério da Saúde) e o outro tem que ter um esquema de representação, porque são 27 sócios. Tem outra parte, que é muito mais complicada, que são mais de 5 mil sócios que têm que dar um jeito de se conseguir representar. E aí, se tem entre esses, desde município com mais de 10 milhões de habitantes até município com menos de 1000 habitantes – um município do interior da selva amazônica e o Município de São Paulo. Isto acarreta grandes dificuldades para fazer essa representação.

Independente da definição constitucional, da definição legal que a gestão é compartilhada e solidária, a verdade é que no SUS não tem alternativa, há uma interdependência absoluta. Não dá para os municípios terem, como objetivo: *“Nós estamos vivendo uma situação transitória de que o município não pode resolver todos os problemas da população. Vamos estabelecer uma meta que em dois anos ou em dez anos nós vamos resolver.”* É impossível, ou seja, sempre haverá necessidade de uma integração e de uma articulação entre os municípios para constituir um sistema regional e, por sua vez, um sistema estadual; depois, então, um sistema nacional. Isso torna esse processo extremamente complexo. Para tanto é indispensável que as Secretarias Estaduais de saúde assumam o seu papel de Gestor Estadual do SUS.

Tem ainda a questão do controle social que no SUS é extremamente complexo. Na verdade, em um determinado momento, se pretendeu que a saúde redemocratizasse o país. Quando, na verdade, a saúde pode e deve contribuir, mas não é a saúde que vai redemocratizar o país, não é a saúde que vai fazer com que cada cidadão seja efetivamente cidadão.

No controle social tem uma questão que é polemica que é a idéia de formação de conselheiros, porque então seria: *“- Vamos fazer um grande mutirão nacional para a formação de cidadão.”* Porque o conselheiro de saúde deve ser um cidadão, e se começa a profissionalizar o conselheiro, ele deixa de ser uma representação do cidadão e passa a ser

uma ocupação, uma profissão. Então, essa é uma questão complicada e isso leva, com certa frequência, por um lado, à insuficiência, e por vezes, ao excesso. Em alguns lugares o Conselho diz “- *Amém*” para tudo que o executivo faz, por outro lado o Conselho quer assumir o papel de executivo e quer assinar cheques, contratar, demitir, comprar, pagar, não pagar - isso cria uma grande dificuldade. Fazer a gestão desse sistema dessa forma, sempre compactuada para fazer a universalidade, a integralidade com três sócios e com esse estágio do controle social é um grande desafio.

Outro enorme desafio e talvez onde o SUS menos avançou diz respeito aos recursos humanos tanto para a gestão quanto para a atenção a saúde. Como implantar tantas secretarias municipais de saúde, rever o papel do gestor estadual e federal sem formar novos profissionais e sem criar uma carreira pública? Como mudar o modelo de atenção a saúde, implantando em todo o país equipes de saúde da família e invertendo a centralidade do sistema para a Atenção Básica?

Mas como fazer isto ao mesmo tempo em que se radicaliza na descentralização particularmente para os municípios, os quais, em sua maioria não têm escala para dispor de equipes de recursos humanos. Para vencer este desafio é necessária uma ação articulada e corajosa dos três entes federados na adoção de novos paradigmas. Enquanto não encontra a coragem política de enfrentar o corporativismo nada se faz e o problema só se agrava.

Mas não são só estes os desafios, pois tem também os problemas decorrentes de um subfinanciamento. E mais ainda: os recursos são insuficientes e sempre serão, e as transferências dos recursos para os municípios colocam um verdadeiro dilema. Esta alocação não está de acordo com a capacidade de gasto dos municípios e o que fazer?: “- *O município que tem mais capacidade deve receber e mais dinheiro e aí o município pobre fica cada vez mais pobre?*” ou “- *Não, a transferência deve se dar igualmente tendo uma base per capita.*”. E assim: “*O município mais pobre por ter menos capacidade de gasto aumenta o desperdício?*”. Sem dúvidas que é uma situação extremamente complicada. Pois é inegável que há um gerenciamento inadequado. Esta questão do gerenciamento ou gestão pública do SUS deve ser vista, do ponto de vista de importância estratégica, em 3º lugar, nunca em 1º, porque o principal problema é falta de dinheiro. O gasto público com saúde no Brasil é muito pouco. Há dificuldade de gerenciamento? Claro que há, mas, antes de tudo, o dinheiro é muito pouco. Talvez seja possível se afirmar que no SUS, se faz pequenos milagres com o pouco dinheiro que se dispõe.

Há ainda outro agravante que é a iniquidade na distribuição de recursos tanto os federais em relação aos Estados e Municípios quanto os estaduais para os municípios e destes entre suas regiões. Isto decorre, dentre outras coisas, do fato de se estar o SUS, desde sempre implantando o SUS tendo, por base, a distribuição de recursos que o INAMPS deixou. Essa distribuição de recursos do INAMPS era coerente com a lógica de um sistema contributivo. O INAMPS gastava mais dinheiro nos estados que tinham mais beneficiários e assim tinha que ser. Conseqüentemente, onde tinha mais atividade econômica formal, onde tinha mais gente contribuindo com carteira assinada. Quando se toma essa base de um sistema que é contributivo e adota para um sistema universal, se carrega uma distorção absurda. No entanto talvez não houvesse outra maneira de fazer. Assim, se vem devagar ajustando isso. Comenta-se muito dessa diferença entre os Estados, mas a diferença entre os municípios é muito mais grave.

Em que pese todas essas dificuldades são inúmeros e inegáveis os avanços obtidos pelo SUS nesses seus poucos 20 anos. Do ponto de vista da sua organização, pode-se destacar a inclusão de todos os municípios brasileiros por meio de suas secretarias municipais de saúde. É óbvio que nem todas funcionam adequadamente, mas se lembrarmos que a efetiva incorporação dos municípios se deu apenas no início de 1998 (portanto 10 anos após a criação do SUS) com a implantação da Norma Operacional Básica (NOB 96), veremos que é muito pouco tempo. Também é produto da NOB 96 o início da mudança do modelo de financiamento substituindo o pagamento por produção de serviços (herança do INAMPS) por um financiamento *per capita*.

Para esta terceira década que se inicia é necessário retomar o processo de planejamento que foi abandonado ao longo dessas duas décadas. O planejamento não como um fardo burocrático, mas como uma maneira dos gestores públicos nas esferas municipal, estadual e federal assumir compromissos públicos e assim serem cobrados a prestar contas a população. Planejamento que possibilite o exercício do verdadeiro papel do controle social ao cobrar do cumprimento dos compromissos assumidos. Planejamento que seja a materialização dos compromissos de campanha e que assim ponha a saúde na agenda política dos gestores e da população brasileira. De toda a população brasileira independentemente de nível de escolaridade, renda, idade e local de residência. Que possa transformar o SUS em um patrimônio da cidadania brasileira a ser defendido de qualquer ameaça a sua existência e ao seu avanço como a maior política pública de integração social que a nação brasileira foi capaz de produzir.